Директору МБУ «КЦСОН по Курчатовскому району г. Челябинска»

Головиной О. Б.

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес регистрации)

Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(кем и когда выдан)

Заявление о согласии на обработку персональных данных

гражданина (получателя мер социальной поддержки), запрос информации и документов

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь получателем мер социальной поддержки «Предоставление срочного социального обслуживания» в отделении срочного социального обслуживания, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», **даю согласие** муниципальному бюджетному учреждению «Комплексный центр социального обслуживания населения по Курчатовскому району города Челябинска», на обработку моих (наших) персональных данных, а именно:

- фамилия, имя, отчество; год, месяц, дата рождения; паспортные данные; адрес; номер телефона; семейное, социальное, имущественное положение; сведения о составе семьи; сведения о доходах всех совместно проживающих членов семьи; иные сведения, связанные с оказанием социальных услуг,

в документальном (на бумажном носителе) и электронном (в специализированной компьютерной программе) виде, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, в том числе передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, предоставленных мною для рассмотрения вопроса оказания натуральной помощи

Согласие вступает в силу со дня его подписания, действует на период предоставления мер социальной поддержки и далее в соответствии со сроками, установленными законодательством Российской Федерации.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

Настоящим подтверждаю достоверность и точность указанных в письменном согласии сведений.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_